

 Krasnystaw, dnia..............................

**WNIOSEK O SKIEROWANIE NA SZKOLENIE GRUPOWE**

Podstawa prawna: art. 40 ust. 3 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia

i instytucjach rynku pracy (tekst jednolity Dz. U. z 2021 r. poz.1100 z późn. zm.)

### **Cz. I Wypełnia wnioskodawca**

**Uwaga ! – Wypełnienie wniosku nie oznacza zakwalifikowania na szkolenie**

Nazwisko .................................................................... Imię ..........................................................................

Data urodzenia ...............................................................................................................................................

PESEL ............................................. Seria i numer dowodu osobistego .......................................................

 (w przypadku cudzoziemca numer dokumentu stwierdzającego tożsamość)

Adres zamieszkania .............................................................................Nr tel. ...............................................

Wykształcenie ................................................................................................................................................

 (nazwa i rok ukończenia szkoły)

Zawód wyuczony ........................................................... - wykonywany .....................................................

Posiadane uprawnienia ..................................................................................................................................

 .........................................................................................................................................................................

Przebieg pracy zawodowej (należy podać trzy ostatnie miejsca pracy)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Okres przepracowany | Nazwa pracodawcy(zakładu pracy) | Zajmowane stanowisko,rodzaj wykonywanych zadań |
| od | do |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Nazwa kierunku szkolenia o jakie aktualnie ubiega się wnioskodawca ................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

Czy korzystał(a) Pan(i) ze szkolenia finansowanego przez PUP ..................................................................

 ( tak – nie )

 jeżeli tak, to proszę podać nazwę szkolenia (kursu).......................................................................................

 .......................................................i rok odbywania szkolenia ......................................................................

Czy podjął(a) Pan(i) pracę po ukończeniu wyżej wymienionego szkolenia..................................................

 (tak – nie )

 jeżeli tak, to czy zgodnie z kierunkiem odbytego szkolenia ..........................................................i na jakim

 (tak – nie)

 stanowisku ......................................................................................................................................................

Uzasadnienie celowości szkolenia………………………………………………………………… …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

....................................................... ...................................................................

 (data) (podpis wnioskodawcy)

**Wyrażam zgodę na przetwarzanie, w rozumieniu przepisów o ochronie danych osobowych, moich danych osobowych dla celów wynikających z Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie swobodnego przepływutakich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych „RODO”)**

.......................................................... ...................................................................

 (data) (podpis wnioskodawcy)

**„Aktywizacja osób młodych pozostających bez pracy w powiecie krasnostawskim (VI)”** w ramach

**Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój** **Oś priorytetowa I** *Rynek pracy otwarty dla wszystkich* **Działanie 1.1** **Poddziałanie 1.1.1 Wsparcie udzielane z Europejskiego Funduszu Społecznego**

**Cz. II. Wypełnia Powiatowy Urząd Pracy**

Opinia specjalisty do spraw rozwoju zawodowego:

Czy wnioskodawca spełnia określone ustawą warunki do skierowania na szkolenie? .........................

 (tak-nie)

 jeżeli nie to dlaczego: ............................................................................................................................

Nazwa proponowanego szkolenia .........................................................................................................

Czy istnieje konieczność skierowania wnioskodawcy do doradcy zawodowego ? ...............................

 (tak-nie)

Czy występuje konieczność skierowania na specjalistyczne badania lekarskie? ..................................

 (tak-nie)

Cel szkolenia: przyuczenie do zawodu\*), – przekwalifikowanie\*), - doskonalenie zawodowe)\*), - nauka umiejętności poszukiwania i uzyskiwania zatrudnienia\*).

Tryb skierowania na szkolenie: - z inicjatywy PUP\*), - z inicjatywy wnioskodawcy na wskazane przez niego szkolenie\*) – z inicjatywy pracodawcy\*).

 .....................................................................................

 (data i podpis specjalisty do spraw rozwoju zawodowego)

Opinia doradcy zawodowego (określenie predyspozycji wnioskodawcy do wykonywania zawodu):

....................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

 ........................................................................

 (data i podpis doradcy zawodowego)

Komisja Kwalifikacyjna\*\*) w dniu …………………. wnioskuje:

skierować\*), nie skierować\*) na następujące szkolenie: ………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………

Uzasadnienie: ……………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

 (stanowisko) (po

Członkowie: ……………………………………………. …………………………. ……………………

 ……………………………………………. ………………………… …………………...

 ……………………………………………. ………………………………………………..

 ……………………………………………. ……………………………………………….

 ……………………………………………. ……………………………………………….

 Decyzja

 Dyrektora Powiatowego Urzędu Pracy

Kandydat zostaje skierowany\*), nie zostaje skierowany\*)

 ....................................................... .........................................................

 (data) (podpis i pieczątka Dyrektora PUP)



 Krasnystaw, dnia..............................

**WNIOSEK O SKIEROWANIE NA SZKOLENIE GRUPOWE**

Podstawa prawna: art. 40 ust. 3 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia

i instytucjach rynku pracy (tekst jednolity Dz. U. z 2019 r. poz.1482 z późn. zm.)

### **Cz. I Wypełnia wnioskodawca**

**Uwaga ! – Wypełnienie wniosku nie oznacza zakwalifikowania na szkolenie**

Nazwisko .................................................................... Imię ..........................................................................

Data urodzenia ...............................................................................................................................................

PESEL ............................................. Seria i numer dowodu osobistego .......................................................

 (w przypadku cudzoziemca numer dokumentu stwierdzającego tożsamość)

Adres zamieszkania .............................................................................Nr tel. ...............................................

Wykształcenie ................................................................................................................................................

 (nazwa i rok ukończenia szkoły)

Zawód wyuczony ........................................................... - wykonywany .....................................................

Posiadane uprawnienia ..................................................................................................................................

 .........................................................................................................................................................................

Przebieg pracy zawodowej (należy podać trzy ostatnie miejsca pracy)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Okres przepracowany | Nazwa pracodawcy(zakładu pracy) | Zajmowane stanowisko,rodzaj wykonywanych zadań |
| od | do |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Nazwa kierunku szkolenia o jakie aktualnie ubiega się wnioskodawca ................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

Czy korzystał(a) Pan(i) ze szkolenia finansowanego przez PUP ..................................................................

 ( tak – nie )

 jeżeli tak, to proszę podać nazwę szkolenia (kursu).......................................................................................

 .......................................................i rok odbywania szkolenia ......................................................................

Czy podjął(a) Pan(i) pracę po ukończeniu wyżej wymienionego szkolenia..................................................

 (tak – nie )

 jeżeli tak, to czy zgodnie z kierunkiem odbytego szkolenia ..........................................................i na jakim

 (tak – nie)

 stanowisku ......................................................................................................................................................

Uzasadnienie celowości szkolenia………………………………………………………………… …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

....................................................... ...................................................................

 (data) (podpis wnioskodawcy)

**Wyrażam zgodę na przetwarzanie, w rozumieniu przepisów o ochronie danych osobowych, moich danych osobowych dla celów wynikających z Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie swobodnego przepływutakich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych „RODO”)**

.......................................................... ...................................................................

 (data) (podpis wnioskodawcy)

**„Aktywizacja osób młodych pozostających bez pracy w powiecie krasnostawskim (VI)”** w ramach

**Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój** **Oś priorytetowa I** *Rynek pracy otwarty dla wszystkich* **Działanie 1.1** **Poddziałanie 1.1.1 Wsparcie udzielane z Europejskiego Funduszu Społecznego**

**Cz. II. Wypełnia Powiatowy Urząd Pracy**

Opinia specjalisty do spraw rozwoju zawodowego:

Czy wnioskodawca spełnia określone ustawą warunki do skierowania na szkolenie? .........................

 (tak-nie)

 jeżeli nie to dlaczego: ............................................................................................................................

Nazwa proponowanego szkolenia .........................................................................................................

Czy istnieje konieczność skierowania wnioskodawcy do doradcy zawodowego ? ...............................

 (tak-nie)

Czy występuje konieczność skierowania na specjalistyczne badania lekarskie? ..................................

 (tak-nie)

Cel szkolenia: przyuczenie do zawodu\*), – przekwalifikowanie\*), - doskonalenie zawodowe)\*), - nauka umiejętności poszukiwania i uzyskiwania zatrudnienia\*).

Tryb skierowania na szkolenie: - z inicjatywy PUP\*), - z inicjatywy wnioskodawcy na wskazane przez niego szkolenie\*) – z inicjatywy pracodawcy\*).

 .....................................................................................

 (data i podpis specjalisty do spraw rozwoju zawodowego)

Opinia doradcy zawodowego (określenie predyspozycji wnioskodawcy do wykonywania zawodu):

....................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

 ........................................................................

 (data i podpis doradcy zawodowego)

Komisja Kwalifikacyjna\*\*) w dniu …………………. wnioskuje:

skierować\*), nie skierować\*) na następujące szkolenie: ………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………

Uzasadnienie: ……………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

 (stanowisko) (po

Członkowie: ……………………………………………. …………………………. ……………………

 ……………………………………………. ………………………… …………………...

 ……………………………………………. ………………………………………………..

 ……………………………………………. ……………………………………………….

 ……………………………………………. ……………………………………………….

 Decyzja

 Dyrektora Powiatowego Urzędu Pracy

Kandydat zostaje skierowany\*), nie zostaje skierowany\*)

 ....................................................... .........................................................

 (data) (podpis i pieczątka Dyrektora PUP)